

# 臺南市政府社會局中低收入老人補助裝置假牙申請表(範例)

申請人基本資料	姓名	王大明						性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生年月日	38年01月01 日		
	身分證字號	A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	連絡電話	0910123123	
	戶籍地址	臺南市新市區新和里1鄰00路(街) 段巷弄1號樓												
	通訊地址	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如下												
	家屬	關係	父子		姓名	王小明			連絡電話	0920123123				
身分類別	設籍本市年滿 <b>65</b> 歲以上或年滿 <b>55</b> 歲以上原住民 <input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶 <input type="checkbox"/> 經本府全額補助收容安置 <input checked="" type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助費 <input type="checkbox"/> 經本府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達 50%以上。													
應備文件	<input checked="" type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input checked="" type="checkbox"/> 身分類別證明文件(公所開立)													
切 結 書	<p>本人<b>王大明</b> 茲申請中低收入老人助裝置假牙，本人已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且未於 <b>5</b> 年內領有相同補助，上述所填各項資料及附文件均完全屬實；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還本局已支付之補助經費；另除傷病、死亡等因素致無法繼續完成裝置活動假牙者，其假牙製作材料費用自行負擔，特此切結。</p> <p>申訴電話：臺南市社會局(松柏育樂中心)    06-2156974#20 曾竹吟小姐                  台南市牙醫師公會                      06-3122908、06-3120106 黃靜芬小姐</p> <p>此致</p> <p style="text-align: center;">臺南市政府社會局</p> <p style="text-align: right;">申請人(或代理人) 簽章：<u>王大明</u></p>													